Ueber

Retropharyngealtumoren.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrath Professor Dr. J. N. Ritter von Nussbaum

k. b. Generalstabsarzt à l. s.

einer hohen

medicinischen Facultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität

vorgelegt von

Karl Kissling

cand. med. aus Milwaukee Wisc.

München, 1886.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber

Retropharyngealtumoren.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrath Professor Dr. J. N. Ritter von Nussbaum

k. b. Generalstabsarzt à l. s.

einer hohen

medicinischen Facultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität

vorgelegt von

Karl Kissling

cand. med. aus Milwaukee Wisc.

München, 1886.

Kgl. Hof und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber
Retrobulbärneuritis.

Seinem

lieben Schwager

in Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Im Jahre 1857 erschien der erste Artikel über die retropharyngealen Geschwülste, von Prof. Busch in den Charité Annalen. (VIII. Jahrgang). Vor ihm hatte zwar schon Geheimrath Wutzer[1]) im Jahre 1840 einen ähnlichen Fall beschrieben und Lebert führt in seinen Abhandlungen aus dem Gebiete der praktischen Chirurgie eine von Dieffenbach operirte Geschwulst an, welche ebenfalls hieher zu rechnen zu sein scheint.

Syme[2]) giebt unter dem Namen „fibrous tumor of the fauces" einen gleichen Fall an und sagt, dass er bereits vier derartige Geschwülste beobachtet habe.

Busch behielt diesen Namen nicht bei, weil er erstens den Sitz dieser Geschwülste nicht genau genug angiebt, dann aber auch, weil an dieser Stelle ebenso oft wie Fibroide auch andere Arten von Neubildungen, besonders auch Sarcome vorkommen.

Busch will unter Retropharyngeal-Geschwülste solche Neubildungen verstanden wissen, die von den hinter dem Pharynx liegenden Gebilden ihren Ausgang nehmen und bei ihrem Wachsthume nach vorn die Schleimhaut des Schlundkopfes vor sich herdrängen und von derselben überkleidet werden. Nun sei es mir vergönnt noch einige allgemeine Bemerkungen über die Retropharyngealtumoren,

[1]) Organ für die gesammte Heilkunde. Bonn 1840.

[2]) Lancet 1856, 2. Heft.

betreffs ihres Sitzes, ihrer Natur, ihrer Diagnose und ihrer Heilung anzuschliessen.

Die Retropharyngealtumoren können ihren Ausgang entweder von dem submucösen Bindegewebe des Pharynx, den hinter dem Pharynx liegenden Lymphdrüsen oder dem Perioste, der in dieser Gegend befindlichen Knochen nehmen; und da diese Pseudoplasmen hinter der Schleimhaut des Pharynx entstehen, so drängen sie diese bei ihrem Wachsthum derartig vor, dass man bei Untersuchung des Mundes die Höhle des Rachens von einer mit Schleimhaut überkleideten Geschwulst eingenommen sieht. Grosse Tumoren wachsen so weit nach vorn, dass sie an den hinteren Rand des harten Gaumens reichen und so weit nach innen in den Isthmus faucium, dass zwischen ihnen und der Mandel der gesunden Seite nur ein kleiner Spalt übrig bleibt, in dessen oberen Ende das Zäpfchen zu fühlen ist. Nach aussen können diese Tumoren so weit vordringen, dass hinter dem Winkel des Unterkiefers eine harte Geschwulstmasse fühlbar wird. Histiologisch gehören die retropharyngealen Tumoren wohl alle der Bindegewebsreihe der Geschwülste an. Bald sind es reine Fibroide, bald Fibro-sarcome, zuweilen mit Knorpelherden, bald sind es weiche, zu raschen Recidiven neigende Sarcome mit raschem Wachsthum. Sehr selten bilden carcinomatöse Wucherungen solche Tumoren, wie schon aus jenen von Langenbeck in seinem Vortrage „über Exstirpation des Pharynx“ erwähnten statistischen Bemerkungen hervorgeht, wonach in der Klinik Billroth's unter 548 Carcinomfällen kein Fall von Pharynxcarcinom, unter 230 Carcinomfällen der Langenbeck's nur ein einziger solcher Fall vorgekommen ist.

Ueber die Aetiologie der Retropharyngealtumoren liegen keine zuverlässigen Thatsachen vor. Die wahre Ursache dieser Geschwülste, wie der meisten Neoplasmen, wird wohl in vielen Fällen ein Räthsel bleiben und wir müssen uns

vorderhand begnügen, einige Ursachen anzugeben, von denen bekannt ist, dass sie auch andere bedeutende Störungen an dem betreffenden Organe hervorzubringen im Stande sind. Dies sind hier vor allen Dingen Traumata, ferner Angina, Pocken, Masern, Scharlach. Nicht unwahrscheinlich ist es, dass Krankheiten der Nase Veränderungen in den retropharyngealen Lymphdrüsen hervorbringen, welche ihrerseits wieder die Ursache zu in denselben entstehenden Neubildungen sein können.

Die Symptome, welche die Retropharyngealtumoren machen, sind sehr verschieden. Neben gehemmter Bewegung des Kopfes sind es wesentlich Störungen des Schlingens und der Respiration.

Ein hochgelegener pharyngealer Tumor zwingt den Kranken durch den Mund zu athmen, und ruft so besonders dann Beschwerden hervor, wenn der Mund nicht geöffnet wird. Dagegen beengen die tieferen Geschwülste sehr bald, sofern sie sich der Epiglottis gegenüber entwickeln, die fauces, sie verwandeln den Rachenraum in einen schmalen Spalt und rufen allmählig steigende Luft und Schlingbeschwerden hervor.

Die Diagnose der Retropharyngealtumoren wird bei sorgfältiger Untersuchung in den meisten Fällen eine gesicherte werden.

Von Rachenpolypen unterscheiden sich die Retropharyngealtumoren dadurch, dass bei jenen, die bekanntlich auch das weiche Gaumensegel herabdrücken können, der untersuchende Finger zwischen das Schleimhautblatt und die Geschwulst eindringen und eine Trennung beider wahrnehmen kann, während bei den Retropharyngealtumoren der untersuchende Finger den Zusammenhang der über den Tumor gespannten Schleimhaut vom harten Gaumen an bis zur Wirbelsäule fühlt.

Busch sagt: die Retropharyngealgeschwülste verhalten

sich zu den Rachenpolypen ähnlich, wie die in die Uterussubstanz eingebetteten Fibroide zu den frei in den Uterus herabhängenden Polypen. Sie werden überall von dem Gewebe der Schleimhaut überzogen, sitzen aber nicht gestielt auf derselben auf, sondern haben eine breite ausgedehnte Basis.

Von Tonsillargeschwülsten sind unsere Geschwülste hie und da schwer zu unterscheiden, doch sichert die flache Hervorwölbung der Pharynxwand die Diagnose, da die geschwollene Tonsille nie das ganze Gaumensegel hervorwölbt, sondern wie aus einer Nische hervorragt.

Die Therapie der Retropharyngealtumoren kann nur eine operative sein und darf mit derselben nicht zu lange gesäumt werden, wenn sie eine glückliche sein soll; denn ist das Hineinwuchern der Massen in die Rachenhöhle so weit vorgeschritten, dass auch die grossen Gefässe mit eingehüllt sind, so kann eine vorgenommene Operation alsdann nur einen palliativen Nutzen haben, da die Geschwulstmasse, welche um die Gefässe herumlagert, nicht entfernt werden kann.

Die Wege, die man einschlägt, um Rachentumoren zu exstirpiren, sind verschiedene je nach der Natur der zu entfernenden Geschwulst, je nach ihrem Sitze und ihrer Ausbreitung.

Eine Reihe hieher gehöriger Geschwülste operirt man vom Munde aus. Es ist das Verdienst von W. Busch diese Methode ausgebildet und gezeigt zu haben, dass man selbst Tumoren, die von der Schädelbasis bis an den Kehlkopfeingang reichen und den Raum zwischen Wirbelsäule und Gaumen nahezu ausfüllen, unter sonst günstigen Bedingungen mit Erfolg vom Munde aus exstirpiren könne.

Der Weg von der Mundhöhle aus wurde das erstemal, behufs Exstirpation eines Polypen, von Manné in Avignon im Jahre 1717 betreten. Manné spaltete das Gaumensegel

in der Mittellinie und legte so eine grosse Fläche des Polypen bloss. Den Vorschlag befolgten J. L. Petit und Dieffenbach, der die Operation viermal ausführte. Vervollkommnet wurde die Operation durch Nelaton, der im Jahre 1848, nach Spaltung des weichen Gaumens, den Schnitt nach vorne bis zur Mitte des harten verlängerte, den harten Gaumen perforirte, die Nasenscheidewand von hier aus zum Theile abtrug und den Polypen nun mit einer krummen Zange abschnitt.

Maisonneuve macht einen knopflochartigen Schnitt ober dem Zäpfchen (Boutonnière staphyline genannt). Gussenbauer trennte den mucösperiostalen Ueberzug des harten Gaumens in der Mittellinie durch, löste ihn beiderseits bis an den Alveolarfortsatz ab, trug dann mit Hammer und Meissel die Processus palatini und die Gaumenbeine ab, schnitt nun den Polypen mit der Scheere an der Schädelbasis ab, stillte die Blutung mit dem Thermocauter und vereinigte darauf den Gaumenüberzug durch die Naht.

Der Weg von der Wange her wurde im Jahre 1805 von Wately angedeutet; aber erst im Jahre 1832 wurde der erste Versuch durch Syme ausgeführt, der behufs Ausrottung eines Nasenrachenpolypen die Resection des Oberkiefers ausführte; der Kranke starb.

Den ersten Erfolg hatte 1840 Flaubert jun. in Rouen zu verzeichnen; ihm folgte Michaux, Robert und insbesondere Maisonneuve.

Immerhin schreckte die Grösse des Eingriffs nicht minder als die folgende Entstellung von diesem Verfahren ab, wenn auch in letzter Beziehung durch Stehenlassen eines Theiles des Processus alveolaris wie des mucös-periostalen Gaumenüberzugs Manches geleistet werden kann. Wutzer, Otto Weber, Ollier und von Bruns machten sich einen Weg durch die Nase mittelst Abtragung von Nasentheilen.

Da machte Langenbeck zuerst bei einer Geschwulst

der Fossa pterygo-palatina (1861) eine temporäre Resection des oberen Theiles des Oberkiefers, welcher in Form eines seitlich gestellten Knochenweichtheillappens umschnitten und, indem er mit einem Stiel mit der Nase in Verbindung blieb, nach der anderen Seite geklappt wurde, um nach vollbrachter Operation, wieder an Ort und Stelle eingeheilt zu werden.

Um den Geschwülsten, die vom Munde aus, auch nicht nach Spaltung des weichen Gaumens entfernt werden konnten, beizukommen, wurden zwei Operationsmethoden angegeben: für die im oberen Pharynxabschnitte sitzenden, die osteoplastische temporäre Resection des Oberkiefers, für die im unteren Pharynxabschnitte sitzenden, die Pharyngotomia subhyoidea.

Es sei mir nun im Folgenden gestattet aus der Literatur einige bekannte Fälle von Retropharyngealtumoren vorzuführen und dann auch einen bisher noch nicht veröffentlichten Fall, der im hiesigen Krankenhause zur Beobachtung kam, wiederzugeben.

Drei Fälle von Retropharyngealtumoren von Prof. Busch. Schmidts Jahrbücher. Band 98. p. 341. und Band 100. p. 320.

I. Fall.

Bei einem 34jährigen Manne war das Velum palatinum sammt den mit ihm zusammenhängenden Schleimhauttheilen der linken Seite von einer ganseigrossen Geschwulst nach innen und unten vorgetrieben: Schleimhaut unversehrt livid.; in der Mittellinie der Geschwulst befand sich die Mandel. Das untere Ende der Geschwulst konnte man in der Höhe des Kehldeckels fühlen, nach oben liess sich die Grenze nicht erreichen.

Gehör gut; Respiration nach Anstrengungen laut hörbar und etwas erschwert; Veränderung der Stimme; während des Schlafes öfters Erstickungsanfälle, welche beim Erwachen

wieder aufhörten. Linke Carotis auffallend entwickelt, vom Caliber einer normalen Carotis communis.

Behufs der Exstirpation der Geschwulst wurde nach Unterbindung der Carotis externa ungefähr in der Mitte der Mundhöhle ein Schnitt vom Ende des harten Gaumens bis auf den Zungenrücken herabgeführt, welcher nach Einführung des Zeigefingers in den Pharynxsack mit der Scheere bis zum Kehldeckel fortgesetzt wurde. Das locker eingekapselte Pseudoplasma ward theils durch Messerzüge auf der inneren Seite, theils mit dem Finger und stumpfen Werkzeugen abpräparirt. Der Längenschnitt im Gaumensegel und der Pharynxwand ward durch einige Suturen geschlossen. Schwäche und entzündliche Anschwellung der Operationsstelle erregten einige Tage Besorgniss. Einen Monat nach der Operation konnte der Patient geheilt in seine Heimath entlassen werden.

Die Geschwulst war ein, in eine Bindegewebskapsel eingeschlossenes Sarcom oder weiche Bindegewebsgeschwulst, in welcher einzelne Knorpelheerde und Haufen fettig degenerirter Bindegewebszellen eingestreut lagen.

II. Fall.

Eine Retrophanyngealgeschwulst bei einem 70jährigen Bauer ging von der linken Seite aus und hatte vom harten Gaumen an die Schleimhaut hervorgedrängt; nach rechts reichte sie bis zur rechten Mandel. Bei stark abwärts gedrückter Zunge bemerkte man einen engen Spalt, durch welchen ein kleiner Bissen schlüpfen konnte. Dieser Spalt war durch einen geschwürigen Substanzverlust an der Schleimhautbedeckung und Oberfläche der Geschwulst hervorgebracht worden.

Nach oben liess sich die Geschwulst mit dem Finger vollständig umgehen, nach unten reichte sie über den freien Rand des Kehldeckels hinaus und lehnte sich mit ihrer

Oberfläche an die linke Hälfte des hinteren Theiles desselben. Nach hinten ging der Schleimhautüberzug direkt in die hintere Wand des Pharynx über. Athem bei gerader Kopfhaltung ziemlich frei, bei Wendung des Kopfes nach rechts vollständig gehemmt; Deglutitionsbeschwerden höchst peinlich.

Die Operation geschah auf ähnliche Weise wie die erste, nur ward ein Kreuzschnitt gemacht, da es wegen der ulcerirten Stelle nicht möglich war die gesammten Bedeckungen zu erhalten. Eine Gefässunterbindung war vorher nicht erforderlich, da die Geschwulst blutarm zu sein schien. Nach der Ausschälung bemerkte man die Carotis in unmittelbarer Nähe. In den ersten Tagen eine starke entzündliche Infiltration, welche sich am Halse in der Richtung der grossen Gefässe bis zum Kehlkopfe herab erstreckte. Am 15. Tage nach der Operation konnte der Kranke geheilt entlassen werden. Die exstirpirte Geschwulst war sehr weich und glich morphologisch der vorigen.

III. Fall.

Die Geschwulst war sehr stark von oben nach unten gewachsen und hatte die Mandel völlig hinter die Zungenwurzel verdrängt. Als sich Patient zur Vorbereitung für die Operation gehörig geübt hatte den Mund weit zu öffnen und den hinteren Theil der Zunge herabzudrücken, konnte man wieder die obere Spitze der Mandel sehen und bemerkte auch nach hinten von ihr eine kleine Schleimhautleiste als Andeutung des Arcus palato-pharyngeus, welcher in den früheren Fällen ganz verstrichen war. Die Operation ward wie früher ausgeführt. Nach oben hing die Geschwulst an einem schmalen Stiele fest, der wahrscheinlich an der Basis cranii wurzelte; der Stiel ward unterbunden und dann die Geschwulst vor der Ligatur abgeschnitten. Die Operationswunde ward mit Suturen geschlossen. Da diese Geschwulst eine sehr hohe Lage hatte, so hinderte die nachfolgende ent-

zündliche Infiltration das Oeffnen des Mundes nicht. Noch vor Ablauf der zweiten Woche konnte der Pat. geheilt entlassen werden. Die Geschwulst bildete ein aus mehreren Lappen gebildetes Sarcom mit einer kleinen von viscider Flüssigkeit gefüllten Höhle in der Mitte. Die grösste Circumferenz betrug 16 ctm.

Ueber einen weiteren Fall berichtet Langenbeck in seinem in der Berliner medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage über Pharyngotomia subhyoidea. (Berliner klinische Wochenschrift 1870. 2—3.)

R. 47 Jahre alt, Rentier, aus gesunder Familie stammend, hat bis zu seinem 20. Lebensjahre ausser den Kinderkrankheiten, verschiedene Unfälle von Intermittens überstanden. Ende Februar 1859 bemerkte er, als er seine Cravatte etwas fest um den Hals band, eine plötzliche Beengung der Respiration, die er indessen, da sie rasch vorüberging, nicht weiter beachtete. Erst im Mai desselben Jahres traten diese Athmungsbeschwerden von neuem auf. Diese Beschwerden steigerten sich bis zum August 59, wo durch Middeldorpf eine Rachengeschwulst von beiläufig 1″ Durchmesser, mittelst der galvanocaustischen Schlinge entfernt wurde. Die Athmungs beschwerden, wenngleich bedeutend vermindert, dauerten jedoch in einem gewissen Grade fort.

Im Laufe des Jahres 61 steigerten sich die Beschwerden und traten besonders zur Nachtzeit heftige Erstickungsanfälle auf. Diese Anfälle dauerten bis zu seiner Aufnahme in das kgl. Clinicum 20. Juni 62 fort.

Pat. ist von ungewöhnlich grossem starken Körperbau, stark geröthetem etwas aufgedunsenem Gesichte. Der Hals ist dick und ungewöhnlich kurz. Die Respiration ist erschwert, die Stimme stark belegt. An der rechten Seite des Halses, im Bereich des oberen Halsdreiecks, sieht man eine stärkere Hervorwölbung der Theile und eine Geschwulst, deren stärkste Hervorwölbung etwas über 1/4″ beträgt und

sich gleichmässig nach allen Seiten hin abflacht. Unter und hinter der Geschwulst fühlt man die Carotis pulsiren. Der Kehlkopf ist etwas nach links gedrängt. Die Geschwulst ist weich, die Weichtheile des Halses über derselben leicht verschiebbar.

Bei der Untersuchung durch den Mund fühlt man in der Höhe der Epiglottis eine lappige, festweiche Geschwulst, welche an der rechten Seite im Pharynx aufsitzt und die Höhle desselben beinahe vollständig verschliesst. Die Geschwulst wird von der Pharynxschleimhaut überzogen und ist mit derselben verwachsen. Die Geschwulst drückt dergestalt auf den Kehlkopf, dass der Schildknorpel etwas nach links und bedeutend nach abwärts gedrängt ist. Die Epiglottis ist frei und nicht verwachsen. Schlingbeschwerden sind nicht vorhanden.

Pharyngotomie 4. Juli 1862. Nachdem Pat. mit stark nach hinten geneigtem Kopfe auf dem Operationstische gelagert und die Chloroformnarkose eingeleitet worden war, wurde der Hautschnitt etwa 5 cm lang dicht unterhalb des Zungenbeins quer über den Hals geführt. Nachdem Haut und Muskeln der rechten Seite durchschnitten worden, trat das Lig. hyothyreoideum und die Membrana hyothyreoidea zu Tage. Es wurde nun das Lig. hyothyreoideum medium und die Membrana hyothyreoidea bis zum Lig. hyothyr. lat. dextr. durchschnitten, die Schleimhaut getrennt, Epiglottis mit einem Schielhäckchen hervorgezogen und ein starker elastischer Catheter durch die Rima glottidis eingeführt.

Um die in der Pharynxhaut zwischen Schleimhaut und Muskelstratum sitzende Geschwulst zu entfernen, wurde das letztere durchschnitten. Sofort entstand eine starke Blutung, das Blut floss neben dem Catheter in den Kehlkopf und erzeugte einen heftigen Erstickungsanfall, wesshalb die Tracheotomie gemacht wurde. Die obersten Trachealringe wurden durchschnitten und mittelst eines starken in die

Trachea eingeführten Catheters das Blut aufgesogen, worauf die Respiration allmälig wieder frei wurde. Nachdem nun mittelst der von der Wunde aus in den Pharynx eingeführten Finger die Geschwulst hervorgedrängt worden war, liess sich die Quelle der Blutung, die theils aus dem abgelösten Theil der Geschwulst, theils aus der durchschnittenen Pharynxwand stattfand, übersehen. Nachdem die Blutung durch rasch angelegte Schieberpincetten vorläufig gestillt worden, liess sich die zwischen Schleimhaut und Muskelstartum eingebettete Geschwulst selbst mit grosser Leichtigkeit aus der Pharynxwand herausheben. Es mussten zur definitiven Blutstillung 25 Ligaturen angelegt werden. Die Halswunde wird durch Suturen geschlossen. Kalte Compresse um den Hals. Pat. ist von der Operation wenig angegriffen.

Nachdem Pat. etwa eine Stunde ruhig im Bette gelegen begann die Respiration rasselnd zu werden und er entleerte blutige Sputa durch den Mund. Die Entfernung der Nähte aus der rechten Hälfte der Wunde zeigte, dass eine Nachblutung im Pharynx eingetreten war. Nachdem ein grosses Blutcoagulum entfernt und die Blutung gestillt worden war, wurde die Respiration wieder frei und es trat ein ruhiger Schlaf von $1^1/_2$ stündiger Dauer ein. Abends wurde durch die Schlundsonde Wein mit Wasser gereicht. Die Nacht über schlief Pat. mit Unterbrechungen. Respiration vollkommen ruhig und frei. Am Morgen des 5. Juli fühlt Pat. sich kräftig und hat grossen Appetit; Puls 120. Die Respiration besonders die Exspiration etwas rasselnd. Mittelst der Schlundsonde etwas Bouillon und Wein. Pat. klagt sehr über die Canüle in der Trachea und diese wird daher entfernt. Mittags erfolgt Stuhlausleerung. Der ganze Tag und die folgende Nacht verlief ruhig und ohne Zwischenfälle. Am 6. Juli fühlte Patient sich kräftig, äusserte lebhaften Appetit. Puls 120, Respiration etwas rasselnd. Nachmittags

3 Uhr wird Pat. unruhig, die Respiration mühsam. Die Trachealwunde wird wieder geöffnet und die Canüle eingelegt. Pat. schläft darnach ruhig ein, obwohl die Respiration nicht wieder freigeworden war. Tod Abends 5 Uhr. Die exstirpirte Geschwulst hat den Umfang eines grossen Borstorfer Apfels und erweist sich als Fibrom mit ungewöhnlich starker Gefässentwicklung.

Im Archiv of Laryngologie von 1880 findet sich ein Aufsatz von Dr. Cabot aus Boston, worin derselbe über die Exstirpation einer Retropharyngealgeschwulst mit günstigem Ausgange berichtet.

Die Geschwulst war an der linken Rachenwand hinter der Schleimhaut derselben entstanden, hatte dieselbe etwa bis zur Mitte der Fauces vorgedrängt und die Respiration und Deglutition in erheblicher Weise behindert. Die Operation wurde nach vorausgeschickter Tracheotomie und bei hängendem Kopfe so ausgeführt, dass der Tumor, nachdem über ihm die Schleimhaut gespalten worden war, vom Munde aus enucleirt wurde. Er bestand aus fibroidem Gewebe mit einzelnen Höhlen, welche geschrumpfte, leidlich gut erhaltene Blutkörperchen und gekörnte Massen enthielt.

Einen weiteren Fall von Retropharyngealtumor veröffentlicht Prof. Karl Weiss in der Prager Zeitschrift für Heilkunde vom Jahre 1881.

Die sehr grosse Geschwulst, die sowohl im Innern das linke Gaumensegel stark vorgewölbt hatte, als auch aussen zwischen dem aufsteigenden Unterkieferaste und den Proc. mast. als eine starke Anschwellung sich dokumentirte, wurde nämlich so exstirpirt, dass zunächst längs des Innenrandes des Musc. sternocleidomastoideus über die Höhe der äusseren Anschwellung und so lang als diese ein Hautschnitt geführt und nach Dissection der den Tumor bedeckenden Weichtheile, sowie nach Unterbindung der spritzenden Gefässe der Tumor selbst aus seinen Verbindungen herausgelöst wurde.

Dieser erwies sich bei der mikroscopischen Untersuchung als pathologische Bildung eines Chordarestes.

Nun sei es mir gestattet, nachdem ich einige aus der Literatur ausgesuchte Fälle zusammengestellt habe, einen Fall, der mir vom Herrn Geheimrath von Nussbaum gütigst zur Beobachtung und Beschreibung übergeben worden ist, zu veröffentlichen.

Karoline Mendler, Söldnerswittwe war seit 1871 verheirathet und ist nun seit 7 Jahren Wittwe. Von 7 dieser Ehe entstammenden Kindern sind noch 4 am Leben. Der Vater der Pat. starb an Altersschwäche, die Mutter an Wassersucht. Die Geschwister sind sämmtlich gesund. Pat. selbst ist von kräftiger Constitution. Pat. gibt an seit August 1884 fortwährend an Rachenkartarrh gelitten zu haben, gegen welchen ein zu Rathe gezogener Arzt Gurgelwasser verordnet habe. Seit Weihnachten bemerkt sie eine Raumbeschränkung der hinteren Rachengegend, seit welcher Zeit auch die Athmung durch die Nase unmöglich und das Gehör merklich schlechter geworden sei. Die Athmungsbeschwerden hätten in der letzten Zeit zugenommen. Pat. kann nur flüssige Nahrung zu sich nehmen.

Stat. praes. Die Sprache der Pat. ist vollständig klanglos und äusserst schwer, häufig überhaupt nicht zu verstehen, Das Gehörsvermögen ist erheblich herabgesetzt. Bei der Respiration ist fortwährend Rasseln vorhanden.

Die Inspection des Rachens ergibt folgendes:

Das Gaumensegel steht in der Ebene der letzten Molarzähne, bildet mit dem harten Gaumen einen rechten Winkel und ragt herab bis zum Zungengrund, so dass die Rachenhöhle vollständig verdeckt ist. Drückt man die Zunge stark nach unten, so sieht man das Zäpfchen und die Gaumenbögen vollständig normal. Bei der Betastung der Rachengegend, deren Sensibilität bedeutend herabgesetzt ist, fühlt man einen mit dem Gaumensegel verwachsenen Tumor von

mässig weicher Consistenz, der einen vollständigen Verschluss der Choanen bewirkt und die Schleimhaut der oberen Rachengegend, von welcher er offenbar ausgeht, weit nach unten, ungefähr bis zu einer horizontal durch die hinteren unteren Molarzähne gelegten Ebene herabgedrängt hat.

An den Seiten kann man die Rachenhöhle noch etwas weiter nach oben verfolgen, so dass der Tumor einen mit der Convexität nach unten gerichteten Bogen bildet. Der Tumor ist überall gleichmässig consistent und mit der Rachenschleimhaut verwachsen.

Diagnose Tumor retropharyng. Fibroid.

27. April. Operation in Narcose, mit herabhängendem Kopf.

Subcutane Resektion des rechten Oberkiefers nach Langenbeck.

Zuerst wird ein Hautlappen gebildet durch einen horizontalen Schnitt am Infraorbitalrande, einen vertikalen Schnitt am Jochbogen und einen horizontalen Schnitt ober dem Alveolartheile.

Es wurden nun 4 Verbindungen der oberen Oberkieferhälfte getrennt.

Vom Jochbogen wurde das Oberkiefer mit der Kettensäge, vom Boden der Orbita mit der Stichsäge, vom Alveolartheile resp. von der unteren Hälfte mit der in die Nasenhöhle eingeführten Stichsäge und dann wurde die obere Hälfte mit dem am Jochbogen eingesetzten Meissel herausgebrochen.

Es hing nun die obere Oberkieferhälfte an der Haut des Nasenrückens wie der Deckel einer Dose.

Nachdem man sich so einen Zugang zu dem Tumor verschafft, wurde derselbe abgeschnitten von seiner Basis, fiel leider auf den Kehldeckel und machte die grösste Erstickungsnoth.

Geh. von Nussbaum konnte den hinabgefallenen

Tumor von der Wunde aus nicht erreichen. Stickbeschwerden und Cyanose nahmen so zu, dass man schon daran war eine Tracheotomie zu machen, weil der Mund fest verbissen war; endlich gelang es, einen Heister'schen Mundspiegel einzupressen und mit einer langen Zange den apfelgrossen Tumor zu nehmen und nachdem die Blutung mit dem Thermocauter gestillt und der Pharynx und die Fauces von Blut gereinigt worden waren und ein Tampon von Jodoformgaze eingelegt war, wurde die Wunde durch Nähte geschlossen und ein Listerverband angelegt.

28. April. Pat. fühlt sich sehr schwach, bietet aber im übrigen keine beunruhigenden Symptome dar.

Ordin. Gurgelungen mit Borwasser.

Am 8. Tage wurde das Tampon herausgenommen und wie so oft die wunderbare antiseptische Wirkung des Tampons beobachtet. Während nämlich ein solcher Tampon früher einen fruchtbaren saueren Zersetzungsgeruch machte und oft Ursache zur septischen Entzündung und zur septischen Pneumonie wurde, war der Jodoformtampon trotzdem er mit Speichel stark imprägnirt war, ohne jeden üblen Geruch. Pat. fing bald zu essen an, hatte nie eine über 37,4 gehende Temperatur.

Der Heilverlauf war ein sehr günstiger, am 14. Mai war die äussere Wunde vernarbt und am 16. Mai konnte Pat, geheilt entlassen werden.

Ein halbes Jahr nach ihrer Entlassung bemerkte Pat. eine Geschwulst des rechten Oberkiefers, die sich rasch vergrössert, besonders in den letzten Wochen, so dass sich Pat. genöthigt sah wiederum die Hilfe des Herrn Geheimrath von Nussbaum in Anspruch zu nehmen.

Zweifellos haben wir es hier mit einer Recidive zu thun,

wenn dieselbe auch nicht, wie die erste Geschwulst, von der Rachenwand ausgieng.

St. präs. Die ganze Vorderseite des rechten Oberkiefers wird von einer gleichmässigen, prallen Geschwulst eingenommen, die ihrer Consistenz nach vom Knochen ausgeht, die Haut emporgehoben hat und das rechte Auge durch Verschiebung des unteren Lides fast vollständig verschliesst.

3. März. Operation. Subcutane Oberkieferresektion in Narcose bei herabhängendem Kopfe. Der Schnitt, vom rechten Mundwinkel ausgehend, rechtwinklig zum Jochbein und von hier aus am unteren Augenlid entlang bis zur Nasenwurzel bildet einen Lappen, der auf die linke Wange geschlagen, den Oberkiefer freilegt. Das Jochbein wird mit der Kettensäge abgesägt, die Verbindungen des Oberkiefers mit dem Boden der Orbita und hartem Gaumen werden mit der Stichsäge weggenommen und darnach die Oberkieferhälfte mit einem Meissel herausgebrochen. Die sehr starke Blutung wird durch Unterbindung und Ferrum candens gestillt.

Es zeigt sich eine Markschwammartige Geschwulst, (Sarcom) die mit dem Oberkiefer verbunden ist, den Rachen jedoch nicht sehr verengt. In die Wunde wird ein Jodoformtampon, der durch die Nase herausgeführt wird, eingelegt, die Hautränder werden durch zahlreiche Nähte vereinigt.

Pat. befindet sich nach der Operation sehr wohl, trotz des starken Blutverlustes während der Operation.

Am 4. März wird der Jodoformtampon entfernt und durch einen neuen ersetzt, welcher nach einigen Tagen ebenfalls entfernt wird. Der Heilverlauf war ein ganz normaler und konnte Pat. am achzehnten Tage nach der Operation geheilt entlassen werden.

Am Schlusse meiner Arbeit erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrath Prof. Dr. von Nussbaum für die gütige Unterstützung und Uebernahme des Referates meinen herzlichsten Dank auszusprechen.